



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E UTOPIA:
APROXIMAÇÕES A PARTIR DE TRABALHADORES DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Ana Paula Coutinho

Lajeado, junho de 2018

Ana Paula Coutinho

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E UTOPIA:
APROXIMAÇÕES A PARTIR DE TRABALHADORES DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Artigo apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Psicologia, da Universidade do Vale do Taquari – Univates, como parte da exigência para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Ma. Alice Grasiela Cardoso
Rezende Chaves

Lajeado, junho de 2018

SUMÁRIO

1 AGRADECIMENTOS.....	4
2 ALGUNS ENCONTROS QUE ME PERMITEM CONTAR	7
3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E UTOPIA: APROXIMAÇÕES A PARTIR DE TRABALHADORES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	9
ANEXO	
ANEXO – Physis: Revista de Saúde Coletiva - Instruções aos autores.....	36

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Juracy Maria da Silva, pelo exemplo de perseverança nos estudos e por sempre me desafiar a mostrar o meu melhor.

Mãe, me orgulho muito de tudo que conquistaste e da pessoa que tu és!

Ao meu pai, Paulo Vargas Coutinho, por todas as caronas, pelos “trocos” para comprar “merenda no recreio” e por nunca me negar apoio.

Pai, por mais que às vezes eu acredite que tu não entendas o que eu faço aqui na Univates, te agradeço por acolher minhas angústias e estresse.

A minha namorada, Suélen Tainá de Souza, pelo amor e companheirismo, por acreditar no meu potencial, sempre me motivando a conquistar os meus objetivos!

Su, peço desculpas se em algum momento não consegui demonstrar o quanto eu te amo e como a teu apoio é fundamental para mim! Obrigada por me passar tranquilidade e segurança quando eu mais precisei!

As minhas amigas, Bibiana Munhoz Roos e Henriqueta Althaus, agradeço pelos diversos trabalhos em grupo, pelas problematizações Psi, mas principalmente por estarem comigo fora de sala de aula, por se tornarem parte da minha vida!

Gurias, sou muito feliz por nossa amizade e por todas as quartas-feiras de noite em que íamos ao Galeras, fazer nada e tudo ao mesmo tempo! Amo vocês!

Aos amigos, Gabriel Bavaresco, Gabriela Rabaioli Rama e Letícia Chini Buffon, por me proporcionarem, através de nossos muitos encontros, um “respirar” em meio às inúmeras atividades do meu dia a dia.

Pessoal, obrigada pela amizade presente e pelo carinho de sempre!

A minha grande amiga, Ana Paula Crizel, por apostar e incentivar as minhas ideias, por vezes utópicas!

Anita, saibas que cada encontro nosso fortalece a minha caminhada!

As amigas, Bruna Wendt e Erica Franceschini, as primeiras amigas Psi que tive, que sempre incentivaram minha trajetória!

Gurias, o compartilhar das suas experiências enquanto estudantes e profissionais foram fundamentais para minha escolha em cursar Psicologia.

A minha supervisora, Graziela Schena, por me acolher de forma tão generosa durante meu estágio no CAPS Adulto - Conviver em Liberdade.

Grazi, nunca irei me esquecer da sua dedicação enquanto psicóloga e supervisora, desejo que nossa parceria siga viva e potente, para além do campo de estágio.

A minha orientadora, Alice Grasiela Cardoso Rezende Chaves, pela firmeza delicada e sutil, que me amparou em tantos momentos.

Professora Alice, obrigada por todo incentivo e por suportar minha insegurança, mostrando outros caminhos possíveis para os meus impasses!

As queridas Gisele Dhein, Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha e Suzana Schwertner, professoras e profissionais da Psicologia, nas quais me espelho e me inspiro para seguir apostando no outro!

Professoras, saibam que o exemplo de vocês foi decisivo para minha escolha profissional, muito obrigada!

A todos os colegas, amigos e familiares, que compartilharam comigo a caminhada da graduação e tantas outras, obrigada!

ALGUNS ENCONTROS QUE ME PERMITEM CONTAR

"Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática."

Franco Basaglia

No início de 2012, estava iniciando meu sexto ano como estudante do Curso de Direito, da Univates. Após um período de 4 anos sem férias, pois em busca de outras oportunidades havia trocado de emprego antes de usufruir desse benefício, tive 30 dias ininterruptos de descanso e me percebi confusa diante de minha escolha profissional, no caso em seguir cursando Direito para me tornar advogada ou alguma função correspondente.

O que fazer com minha insatisfação, seguir no Curso de Direito e me formar, afinal havia investido muito tempo e dinheiro; ou deveria buscar algo que fizesse sentido para Ana que eu era naquele momento, com 23 anos, sem me sentir culpada pelas escolhas da Ana que tinha 18 anos e queria ser advogada?

Diante desse impasse, eu escolhi por um tempo e me dei esse tempo no ano de 2012. Nesse ano tranquei o Curso de Direito e me aventurei nas mais diversas atividades, pois não tinha certeza do que eu queria, só sabia que não estava feliz do referido Curso. Participei de eventos do Curso de Jornalismo e embarquei em leituras sobre Química Industrial, outras opções da Ana de 18 anos; me inscrevi e cursou um curso de extensão em Design de Móveis, a fim de me experimentar em uma área que nunca tinha cogitado; e entre outros, iniciei um processo de psicoterapia, buscando apoio para esse momento que por vezes se mostrou angustiante.

No entanto, não tanto os encontros programados, mas os que me surpreenderam foram determinantes para minha escolha profissional. Durante esse período de “tempo” dos estudos da graduação, uma amiga trabalhava no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), de Lajeado/RS e me convidou para uma atividade do local, nesse encontro fortuito pude participar por alguns momentos

de uma confraternização entre profissionais e usuários. Não sabia o que era um CAPS e também desconhecia qualquer que fossem as questões que levaram aquelas pessoas a estarem ali em tratamento, mas me senti tão acolhida, independente dos estranhamentos que meu senso comum carregava, que me encantei pelo trabalho realizado ali.

Também em 2012, trabalhei como secretária na Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES), da Univates, o que me proporcionou uma aproximação aos cursos que ali realizavam seus estágios, entre eles o da Psicologia. Sendo que essa vivência, meu encontro no CAPSi, somadas a diversas conversas com as supervisoras da CURES e a orientação psicoterápica que tive, foram decisivos para minha escolha profissional, assim no ano de 2013 ingressei no curso de Psicologia, da Univates.

Durante a graduação, por mais que em muitos momentos me fiz ausente em aulas, pelo cansaço de conciliar 44 horas semanais de trabalho a 6, por vezes 7, disciplinas, não questioneei minha escolha, sendo que em cada nova teoria que me foi apresentada e a cada experiência prática que tive, confirmaram que eu havia realizado uma escolha que me traz grande alegria.

Por fim, em meu encontro com o CAPS infanto-juvenil, durante meu trabalho como secretária da CURES e em meus anos de graduação me apaixonei ao vislumbrar uma Psicologia que vai muito além da clínica individual, mas que nos possibilita o investir nos coletivos. Paixão essa que me despertou o interesse em realizar meu estágio básico e nesse momento meu estágio específico em um Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS I). Encontros com amigos, professores, profissionais e principalmente usuários do referido serviço, que me permitem contar a pesquisa que apresento no artigo a seguir.

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E UTOPIA:
APROXIMAÇÕES A PARTIR DE TRABALHADORES DOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

**BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM AND UTOPIA:
APPROACHES OF WORKERS FROM
PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS)**

Ana Paula Coutinho
Graduanda em Psicologia,
pela Universidade do Vale do Taquari - Univates

Alice Grasiela Cardoso Rezende Chaves
Professora do Curso de Psicologia,
da Universidade do Vale do Taquari - Univates

Resumo: Este trabalho investigou as relações entre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e o conceito de utopia, a partir de uma revisão teórica e junto aos trabalhadores que atuam neste âmbito. Buscando identificar as utopias presentes na produção desse movimento, assim como, se existem outras emergindo e quais seriam. Para tanto, foram realizadas uma revisão teórica e entrevistas com trabalhadores que atuam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul (RS). O material produzido foi analisado através de um exercício genealógico, conforme estudos da genealogia de Michel

Foucault, interpretando a história não como um processo evolutivo linear, mas considerando suas rupturas, impasses, reconfigurações, a fim de compreender as questões políticas, sociais e culturais envolvidas. Os dados produzidos demonstraram que, em seu princípio, a RPB era movimentada e fortalecida por utopias, que tinham como objetivo principal a reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Muitas conquistas ocorreram desde então, como a desinstitucionalização de grande parte dos hospitais psiquiátricos e a constituição de uma rede de cuidado em saúde mental. No entanto, constatou-se que na atualidade existe um engessamento das práticas, que ainda seguem buscando afirmar os ideais primeiros da Reforma.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Utopia; CAPS; Trabalhadores.

Abstract: This work investigated the intersections between the Brazilian Psychiatric Reform (RPB) and the concept of utopia, supported by a theoretical review and the workers that act in this scope, aiming to identify the utopies existing in the production of this movement, as well as if others emerged and what would they be. In this sense, the research was made through a theoretic framework and interviews with the staff from Psychosocial Care Centers (CAPS) from a city in Rio Grande do Sul (RS). The obtained material was analyzed through a genealogic exercise, according to genealogy studies from Michel Foucault, interpreting the history not as a linear evolutive process, but considering its ruptures, impasses, reconfigurations in order to understand the political, social and cultural aspects involved. The data shown that, at first, RPB was moved and strengthen by utopies, whose main objective was the restructuring of the psychiatric assistance in the country. Many achievements happened since then, such as the deinstitutionalization of a large part of psychiatric hospitals and the constitution of a network for mental health care. However, it was stated that today there is a plastering of practices, that are still looking for the affirmation of the first Reform ideals.

Keywords: Psychiatric Reform; Mental Health; Utopia; CAPS; Workers.

Um movimento social

O final da década de 1970 e as décadas de 1980 e 1990 foram importantes para discussão da reestruturação da assistência psiquiátrica Brasileira. Nestes anos, os movimentos antimanicomiais europeus, como o de Franco Basaglia que, na Itália do final de 1970, trilhou uma trajetória de desinstitucionalização prático-teórica, englobando tanto a desativação dos manicômios, como também a proposta da criação de redes de atenção alternativas à psiquiatria naquele país, encontraram no Brasil a possibilidade de ressonância de suas propostas (YASUI, 2010).

A década de 1980 fervilhava com as discussões da Reforma Sanitária brasileira que em tempos de constituinte buscava estabelecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), lutando pelo direito dos cidadãos à saúde. A força instituinte¹ presente neste momento histórico possibilitava e fortalecia outras discussões, sendo que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) de 1986 influenciou a realização, no ano de 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental (YASUI, 2010).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) comprometeu-se a problematizar o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, buscando novas alternativas de cuidado, as quais tiveram como princípio primeiro manter a dignidade pessoal, os direitos civis e humanos dos usuários, assim como sua permanência em seu território de origem (HIRDES, 2009). Desta forma, foram criadas as redes de atenção à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, as oficinas terapêuticas, entre outros, como a promoção da desinstitucionalização de usuários dos antigos manicômios para Residenciais Terapêuticos², tendo como exemplo os que ficam localizadas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR), atrás do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HIRDES, 2009).

¹ Forças que produzem e transformam as lógicas institucionais, sendo revolucionárias, criativas e transformadoras por excelência (BAREMBLITT, 2012).

² Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

Dessa forma, a RPB se configura como um movimento social que se diferencia de outros, por ter rompido com os fundamentos epistemológicos vigentes, mais especificamente com aqueles produzidos pelo saber psiquiátrico. Pois, criou novos saberes e fazeres que se concretizaram através de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico, buscando proporcionar um novo lugar social para loucura.

Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma utopia concretizada?

Inicialmente, através de uma visita de estudos promovida por um curso de Psicologia, de uma Universidade do RS, uma reflexão foi realizada tendo como disparador as moradias das Vilas São Pedro e Salvador França localizadas atrás do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, RS. O despertar para essa problematização incidiu mais precisamente, sobre aquelas moradias onde moram os ex-internos do hospital psiquiátrico, através do projeto “Morada São Pedro”, o qual é fruto da RPB (BELINI; HIRDES, 2006).

A partir dessa reflexão, uma indagação surgiu: seria possível afirmar que, em meados do século XX, os internos deste Hospital, vistos como loucos, perigosos e incapazes, teriam, assim como aqueles que moram nos residenciais, seus próprios lares fora dos portões do asilo? Se mesmo hoje, em pleno século XXI isto, por vezes, é visto como algo irracional. Tal questionamento trouxe a pista de que os residenciais acima mencionados, inimagináveis há poucos anos atrás, já estiveram no campo do utópico, do não lugar. Surgiu, então, uma outra questão: seria a Reforma Psiquiátrica Brasileira em si, uma utopia concretizada?

O conceito da utopia é popularmente conhecido como aquilo que é idealizado, mas praticamente impossível de tornar-se real. Porém, a definição adotada no presente artigo, constitui-se mais do que isto, na medida em que o ato de criação pode ser considerado um ato utópico, que vem confrontar as forças conservadoras e repetidas, sendo assim “motor vivo de novos movimentos” (SOUSA, 2008, p. 41). Buscando reconstruir a sociedade presente, possibilitando assim a criação de

descontinuidades, interrompendo o fluxo do mesmo, se arriscando diante do discurso que nos prende na falsa segurança que a repetição nos dá (SOUSA, 2008).

Desta maneira, essa pesquisa buscou junto à revisão teórica e aos trabalhadores de CAPS, de uma cidade do interior do RS, as utopias presentes no processo de produção do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim como, identificar se existiriam novas utopias emergindo e quais seriam, tendo em vista discutir de que forma as utopias podem contribuir no movimento da desinstitucionalização da loucura proposta pela RPB.

À procura de respostas: a metodologia escolhida

Instigadas pelas questões referidas, como procurar por respostas? Optou-se por uma investigação de cunho qualitativo, que buscou compreender as relações entre o conceito de utopia e os movimentos da RPB, a partir de uma revisão teórica e junto aos trabalhadores que atuam neste âmbito.

Através do levantamento teórico realizado, constatou-se que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço público criado a partir da RPB, têm como uma de suas principais missões a de substituir, progressivamente, os hospitais psiquiátricos do Brasil, tornando-se referência à rede de saúde e à população no que tange aos cuidados em saúde mental no país (GRIGOLO; DELGADO; SCHMIDT, 2010). Neste sentido, os sujeitos escolhidos para essa investigação foram trabalhadores que atuam em três CAPS, de uma cidade do interior do RS.

Com a aprovação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), CAAE nº 87070318.8.0000.5310, foram contatados os coordenadores dos CAPS que repassaram aos trabalhadores de seus respectivos serviços o convite para a participação na pesquisa.

Sabendo-se que este tipo de serviço é constituído de uma equipe multiprofissional de nível médio a superior (BRASIL, 2002), foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com oito sujeitos trabalhadores de CAPS,

que atuam nesse tipo de serviço há pelo menos dois anos: um educador físico, um enfermeiro, um professor de música, três psicólogos e dois técnicos de enfermagem. As perguntas realizadas abordaram as experiências acadêmicas e profissionais dos trabalhadores, assim como seu conhecimento e engajamento diante a RPB.

A escolha dos trabalhadores se deu pela ordem de manifestação de interesse ao convite, independente do grau e da especialidade de formação do/da interessado/a. E o fechamento da amostra ocorreu por saturação teórica, definindo-se como suspensa a inclusão de novos participantes, dada a avaliação de certa redundância e repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A partir dos materiais encontrados na coleta, foi realizado um exercício genealógico, conforme estudos da genealogia de Michel Foucault (2015), interpretando a história não como um processo evolutivo linear, mas considerando suas rupturas, impasses, reconfigurações, a fim de compreender através das questões políticas, sociais e culturais envolvidas, a relação do conceito de utopia com o processo de construção e continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

[...] uma das principais contribuições desta abordagem é sua estratégia de problematização das linhas de força envolvidas na constituição de um determinado objeto. Esta problematização consiste na desconstrução ou desnaturalização das formas cristalizadas e instituídas, apontando para o caráter contingente que marca a constituição das mesmas, mostrando-as como frutos de uma historicidade e de determinadas condições de possibilidade (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011, p. 455).

O exercício genealógico realizado buscou contar uma história trazendo à tona os saberes, os discursos, os domínios de objeto, sem necessariamente se referir a um sujeito específico. Assim, a partir da revisão teórica e das entrevistas com os trabalhadores dos CAPS, de seus relatos sobre suas trajetórias de formação acadêmica e profissional, entre outros, foi analisada uma amostra das descontinuidades que precederam o momento atual, dos acontecimentos que possibilitaram o que está posto no agora.

O encontro com a saúde mental: a inserção dos trabalhadores

Quando eu comecei a compreender o que era a Saúde Mental, comecei a me apaixonar por ela, de gostar muito de fazer o que eu faço, de conviver com as pessoas com diferentes problemas, algumas rotuladas com problemas que na real elas não entendem esse problema como problemas, mas sim como uma característica delas (Entrevista 4).

Segundo Bezerra (2007), os trabalhadores que estavam envolvidos na construção da Reforma têm, até hoje, maior clareza da importância social e do pano de fundo político e ideológico desse movimento, muito porque nessa época outros diversos movimentos sociais, como a Reforma Sanitária, estavam em ascensão e todos enfrentavam ainda resquícios da ditadura militar. Tais aspectos acabaram contribuindo para uma formação mais voltada aos princípios e diretrizes da Reforma.

Por conta disso, hoje em dia, o processo de formação dos profissionais para atuação no âmbito da Saúde Mental, mais especialmente nos CAPS, tem enfrentado inúmeros desafios. Isto porque, a maioria dos jovens profissionais não viveu a história das segregações asilares e nem se depararam com condições precárias e muitas vezes até perversas, do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico (YASUI, 2010).

Ao encontro dessa afirmação, dos oito trabalhadores entrevistados dessa pesquisa, nenhum teve contato direto com as lutas para reestruturação da rede de cuidado em saúde mental. Quatro deles tiveram em suas formações, aproximações com a saúde mental, através de disciplinas e estágios em CAPS; e os outros quatro não tiveram contato até iniciarem sua atuação no referido serviço.

Entre aqueles que não tiveram em suas formações o contato com a saúde mental, encontramos trabalhadores que estão atuando nos CAPS de cinco a nove anos. Aqueles que não tinham nenhum contato com a rede pública de saúde, traziam consigo a visão de que os CAPS eram uma espécie de asilo, frequentado por “um pessoal doidinho” (Entrevista 8). Os que vieram da atenção básica, afirmam terem se deparado com algo que colocou em questão a sua prática profissional: “na saúde mental não se faz tantos procedimentos de enfermagem tipo, verificação da pressão, curativo, né e daí eu questionei isso a coordenadora: ‘Tá o que eu vou

fazer lá, não tem vacina, não tem procedimentos!”. Daí ela disse: ‘Tu vai fazer acolhida, participar de grupos’ [...]” (Entrevista 2).

Já os trabalhadores que tiveram contato com a saúde mental desde o início de suas formações, que estão atuando nos CAPS de 2 a 16 anos, se aproximaram e afirmam seguir nessa área de atuação por conta de experiências gratificantes, que lhes despertaram curiosidade e paixão. Como no caso da Entrevista 1, onde através de um trabalho de aula, o trabalhador que na época estava na graduação, teve seu primeiro contato com a saúde mental, através de uma visita realizada a internos do setor psiquiátrico de um hospital, afirmando: “Me encantei porque eram meninos que tinham muita vontade de parar de usar, mas eles admitiam que estava sendo muito difícil, que eles não estavam conseguindo.”. Tal experiência foi decisiva para ele que optasse em cursar seu estágio curricular em um CAPS.

Para Fonseca, Engelman e Perrone (2007), estamos diante de muitos profissionais que se inserem nos CAPS, sem a formação imprescindível para atuação nesses serviços. Porém, mesmo nos deparando com esse difícil cenário, ainda encontramos aqueles que são para as autoras legítimos empreendedores biopolíticos, os quais em seus gestos e escuta fazem com que acreditemos no mundo, mantendo seu trabalho “impulsionado pelo amor ao devir e pela vontade de revolução” (p. 09). Tais considerações puderam ser constatadas ao longo das entrevistas, nas quais todos os profissionais que não tiveram em suas formações aproximações com a saúde mental denominaram-se como apaixonados por seus trabalhos nos CAPS, como explícito nos seguintes trechos: “Acho que a saúde mental é uma coisa mais ou menos, meio louca assim, fica quem gosta né, acho que quem não tem essa paixão acaba não ficando né ou até adoecendo fazendo uma coisa que não gosta [...]” (Entrevista 5); e “Eu acho que saúde mental ou tu ama ou tu odeia, tu não consegue ficar se tu acha mais ou menos, porque é algo que te suga muito, que te exige muito, mas eu me apaixonei [...]” (Entrevista 8).

O que chama atenção é que entre os trabalhadores entrevistados, somente um relatou seguir formação, buscando apoio e contribuições para sua atuação profissional. O que pode se observar é que esse trabalhador segue seu aperfeiçoamento por conta própria, sem apoio ou incentivo da gestão vigente. Nessa direção, mesmo que muitos encontros fortuitos possam acontecer, é imprescindível voltarmos atenção e cuidado para com a formação dos profissionais que atuam nos

CAPS. Isto porque, por vezes, quando os profissionais encontram-se na incumbência de implantar um CAPS, sem os recursos teóricos e técnicos necessários, correm o risco de criar um serviço que não consegue acolher minimamente o sofrimento alheio e que pode acabar por reproduzir lógicas manicomiais, tais como a preponderância dos saberes e condutas médicas; uma rígida divisão do trabalho; um enfoque exclusivo da supressão dos sintomas e na doença. Desse modo, em vez de um processo de transformação assistencial, teríamos a reprodução de “minimanicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma psiquiatria reformada” (YASUI, 2010, p. 70).

Por uma sociedade sem manicômios

E pensar que não era um tratamento na realidade né, eu não vejo como uma substituição de forma de tratamento, eu vejo como um início de tratamento, porque tu enjaular alguém e deixar que nem a gente vê nos livros, nos documentários, nos filmes, o pessoal sem roupa, sem medicação, sem cuidado, sem nada, isso não é cuidado, não consigo encaixar isso em nenhuma forma de cuidado porque nem um animal se cuida assim, quanto mais um pessoa (Entrevista 8).

Em 1987, ocorre no Brasil o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (II CNTSM), e em um de seus eixos de discussão surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, que a partir de então é adotado nacionalmente, apontando que a reforma não buscava apenas uma mudança técnica do cuidado em saúde mental, mas um novo olhar social diante da questão. Este lema torna-se uma utopia norteadora das novas propostas assistenciais que estavam por vir, assim como propiciou o resgate da discussão sobre a questão da violência e segregação social a que os portadores de sofrimento psíquico eram submetidos (YASUI, 2010).

Buscando concretizar essa grande ambição, a Reforma se articulou a outros movimentos sociais, preocupando-se com questões que estavam além da saúde mental, produzindo assim o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), com a preocupação de que “transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social.” (YASUI, 2010, p. 30). Nesse sentido, o MLA caracteriza-se ainda hoje como um dispositivo social que articula usuários, familiares,

trabalhadores, a sociedade em si em prol de sua causa e ao longo dos anos mantém-se como um movimento sem se tornar uma organização. Não há uma sede, inscrições, filiações, ele existe “como uma utopia ativa, preta de desejos e ideais de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com o seu ideário” (YASUI, 2010, p. 46).

No trecho da entrevista 8, acima citado, um trabalhador que em suas práticas se coloca com um militante da MLA, afirma não ver a assistência psiquiátrica prestada anteriormente a RPB como forma de cuidado. Sabemos que é necessário compreender que a verdade de determinada época tem uma construção histórica e social que a precede, mas o que chama atenção é o rompimento de padrão conquistado pela RPB em um curto espaço de tempo. Algo que não era imaginado socialmente há 30 anos atrás, ao menos para grande parte da sociedade, tornou-se um sonho que foi alimentado também pelo MLA.

Segundo Bloch apud Costa (2009), o sonhador sempre quer mais e busca realizar os seus desejos, desta forma as utopias seriam sonhos diurnos, antecipadores do realmente possível. Os sonhos que nos remetem às utopias são os responsáveis por desenhar um outro espaço, o não lugar, para além da contiguidade que normalmente vemos no mundo (SOUSA, 2011), como por exemplo podemos trazer o que era desejado na época, uma sociedade sem manicômios.

Ainda conforme Sousa (2011), para que a forma utópica consiga seu lugar é preciso vencer uma inércia inicial, a qual pode acabar por nos imobilizar em um devaneio que muitas vezes não se materializa em atitudes. Nas entrevistas 5, 6 e 7, os trabalhadores refletiram sobre o que consideram a grande e decisiva conquista da RPB, a saber, o reconhecimento da pessoa portadora de sofrimento psíquico como um cidadão com direitos. Os entrevistados compreendem que antes esse sujeito era visto como incapaz, não tendo opção de escolha, sobre se internar para tratamento, sobre quais medicamentos tomar, entre outros, então o palpável começa a ser construído quando se reconhece esse sujeito não como portador de transtorno, como louco, mas primeiramente como cidadão.

No que tange a legislação, o Estado do RS foi pioneiro, tendo aprovado a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei Estadual no 9.716, em 1992, enquanto que o

Brasil teve sua aprovação quase dez anos depois, pela Lei 10.216, em 2001. No entanto, isto não garantiu uma estruturação uniforme dos processos de desinstitucionalização, sendo que ainda há várias etapas diferentes ocorrendo ao mesmo tempo, entre as regiões, na mesma região e até na mesma cidade (OLIVEIRA, 2012).

Mesmo que as leis, por si só, não garantam que os processos ocorram, elas trazem uma materialidade que possui força estatal, como colocado na entrevista 5, a lei veio para garantir o que já era de direito dessas pessoas. Talvez sem a garantia de que os portadores de sofrimento psíquico são cidadãos, não adiantaria fechar os manicômios, pois eles continuariam sendo tratados de qualquer jeito, iam apenas “mudar o nome do hospital de repente pra um nome mais engraçadinho” (Entrevista 5).

Outra forma de materialização da utopia norteadora da luta antimanicomial foi a criação em 1987, mesmo ano do II CNTSM, de um novo serviço de saúde mental, configurando-se como dispositivo de cuidado substitutivo aos manicômios, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com o pioneiro CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na capital do estado de São Paulo. De acordo com dados produzidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serviços como os dos CAPS, substitutivos aos hospitais psiquiátricos, não existiam até 1991, quando a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 189, a qual modificou a sistemática de remuneração das internações hospitalares, procurando reduzir o tempo de internação e criou diversos procedimentos para contemplar as diferentes experiências assistenciais que estavam ocorrendo (YASUI, 2010).

No ano seguinte, em 1992, mais duas importantes conquistas ocorreram, a aprovação da Lei nº 224, que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental do Brasil e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) ocasião em que se consolidou a política oficial da mudança assistencial, trazendo reconhecimento e legitimidade para o trabalho que estava sendo desenvolvido pelos CAPS. Dez anos depois, no ano de 2002, ainda como consequência da III CNSM, é criada a Portaria 336, do Ministério da Saúde, definindo os CAPS como articuladores centrais das ações em saúde mental dos municípios (YASUI, 2010). Essa mesma Portaria estabeleceu que os CAPS são serviços de atenção diária que devem funcionar segundo a lógica do território onde

estiverem instituídos. Ela discorre também, sobre três diferentes tipologias desse serviço: o CAPS I, com capacidade para atendimento em municípios com população entre de 20 e 70 mil habitantes; o CAPS II, com capacidade para atendimento em municípios com população entre de 70 e 200 mil habitantes; e o CAPS III, com capacidade para atendimento em municípios com população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2002).

Ainda sobre a conquista do lugar de cidadão para as pessoas com sofrimento psíquico, os trabalhadores entrevistados trouxeram que o cuidado prestado pelos CAPS busca ampliar a capacidade dos sujeitos atendidos, sem diferenciá-los de outros usuários da rede SUS, pois assim como “[...] uma pessoa que tem uma hipertensão tem que tratar, tem diabetes tem que tratar, tem o transtorno tem que tratar, tem uma depressão grave tem que tratar [...]” (Entrevista 7).

No entanto, apesar de inúmeros e efetivos avanços, como fora discutido acima, segundo Fonseca, Engelman e Perrone (2007), mesmo sendo possível afirmar, depois de tantas conquistas de legitimação política e social, que o manicômio como edificação está em ruína, também é preciso compreender que ele como “modo de perceber e agir em relação à diferença, ainda encontra-se impregnado nas mentes dos sujeitos e dobrado em seus corpos” (p. 09).

Nesse sentido, se a luta continua, existem e quais seriam as utopias que circulam atualmente na RPB?

Um outro horizonte guia: que os muros mentais caiam

Então isso veio mobilizar a sociedade como um todo pra ter um outro olhar. Nós temos experiências assim maravilhosas, até uma bem engraçada, tem um usuário nosso que ele estava com uma funcionária num elevador de um local público, daí uma pessoa entrou e olhou pra ele com medo, ele olhou pra ela e disse ‘Eu não mordo!’ e seguiram a viagem de elevador e antes de sair ele fez ‘Au’, no sentido assim, eu não mordo mesmo né, eu sou um ser humano e cada um com as suas diferenças né, eu acho que isso faz com que todos nós possamos repensar nosso estar no mundo (Entrevista 1).

O discurso de Saúde Mental, sustentado pela RPB, está fundamentado na consideração de que a experiência da loucura enquanto doença mental é uma verdade construída historicamente, o que confirma a necessidade de implicação de toda sociedade no questionamento da segregação, que não ocorre apenas através das internações hospitalares, daqueles que sofrem com doenças mentais (SILVA, 2008). Em sua prática diária, dentro dos CAPS, os trabalhadores entrevistados relataram experiências que versam sobre o preconceito social, do qual os usuários e o próprio serviço CAPS é alvo, pois “[...] não tem mais muros físicos e as pessoas podem, como eu falei, se tratar em liberdade, mas existem os muros que são invisíveis, que são os do preconceito, isso eu acho mais difícil [...]” (Entrevista 3).

Na Entrevista 1, o trabalhador afirma que ainda existem muitos aprisionamentos mentais a serem enfrentados e relata que entre muitos dos desafios que já enfrentou por conta da luta antimanicomial, está um abaixo assinado de comerciantes que exigiam a retirada dos usuários de álcool e outras drogas da praça central da cidade. Diante dessa movimentação, a equipe do CAPS se articulou, buscando apoio da gestão municipal e promoveu diversos encontros com os pedintes dessa ação, a fim de problematizar com os envolvidos questões como, o direito de frequentar os espaços públicos que é de todos os cidadãos; e como um dos apelos, do abaixo assinado, era que esses usuários estavam desocupados, o CAPS promoveu uma potente discussão sobre quais eram as possibilidades de empregabilidade daqueles usuários.

Outra experiência que se destaca, na busca por outro olhar social, são as de oficinas que estabelecem como prática o habitar a cidade, buscando proporcionar reabilitação psicossocial, assim como (re)construção e (re)inserção social, em espaços de socialização e interação. Na Entrevista 8, o trabalhador que coordena uma oficina que ocorre em diversos espaços urbanos, com mais de 20 usuários inscritos, coloca:

Esse cuidado em liberdade ainda é algo novo, em relação a história, eu acho que a questão da sociedade, deles poderem socializar mesmo, de poder estar inseridos em todos os espaços e não de ir lá como um coitado, recebendo olhares de reprovação, olhares de preconceito, como a gente vê em muitos lugares que a gente vai [...] (Entrevista 8).

Diante disso, a RPB não somente se configura como uma reforma técnica do cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, mas como uma Reforma Geral da Subjetividade no que tange à dita loucura e ao sofrimento psíquico. Busca-se, portanto, que esses temas ultrapassem os jargões e protocolos médicos-psicológicos, e sejam debatidos pelos mais diversos setores da sociedade (BEZERRA, 2007).

Temos portanto, a pista de uma outra utopia norteadora desse movimento, a possibilidade não só de uma sociedade sem manicômios, mas sim de uma sociedade que aceite as diferenças, que acolha as pessoas com sofrimento psíquico. Nesse sentido, a utopia se mostra como o horizonte que orienta e leva a caminhar, dando o foco necessário para tudo o que se pensa, o que se diz e o que faz (SOUSA, 2011). Sendo que enfrentamentos sociais, como os descritos, trazem consigo além da oportunidade de movimentação dos serviços, de seus trabalhadores e usuários, a aproximação da sociedade com a saúde mental.

E diante desse norte desafiador, de uma sociedade que respeite as alteridades, entre os trabalhadores há os que acreditam e que se movem em direção a essa utopia, com práticas ricas em esperança, apostando como Bloch (2005) que o território que construímos depende da posição em que nos colocamos para desenhá-lo:

Eu sou otimista e eu tenho esperança que a gente possa olhar sim todos o ser humano, todos com os seus direitos e que a gente possa melhorar a qualidade de vida, enfim, então assim utopia seria um mundo perfeito né, e eu acho que sim a gente tem que colocar uma utopia lá na frente pra gente caminhar pra ela, se chegar a ela 100%, eu acho que não, mas eu acho que a gente tem que colocar sim uma utopia como uma possibilidade de avançar, porque se não a gente vai se acomodar né (Entrevista 1).

O cuidado em liberdade, dos ditos doentes mentais, é ainda visto como algo novo e a busca por uma aceitação social é um dos deveres daqueles que se propuseram a prestar cuidado em saúde mental. Sendo que o trabalho no CAPS, tem como uma de suas principais características o embate e a tensão, pois configurar-se como uma prática social da inacabável tarefa de reconciliação do

homem com o homem, conforme argumentam Fonseca, Engelman e Perrone (2007):

Para reconciliar o que foi silenciado àquilo que foi autorizado pelo moral vigente, tornam-se necessários atos de contínua luta, que, agenciados uns aos outros, constituirão ressonâncias de suas proposições para fazerem frente às carcomidas, mas ainda ativas, muralhas manicomiais (p. 09).

Tal reconciliação configura-se como uma difícil tarefa, na medida em que é preciso que “a singularização ou a re-singularização das práticas sigam sendo respostas permeáveis aos fluxos do acolhimento e respostas de uma clínica da alteridade” (CECCIM, 2007, p. 13). E que não somente os manicômios físicos, mas também e principalmente os “manicômios mentais”, aqueles que nos prendem apenas ao racionalismo do pensar e que nos fazem abominar a diferença, muitas vezes representada pelos portadores de sofrimento psíquico, abram-se para as possibilidades de invenção da imprevisibilidade do acaso e do desconhecido (PELBART, 1990).

Se em seus primeiros anos, as maiores oposições ao movimento da reforma centravam-se na busca de espaços dentro do sistema político assistencial, hoje os debates giram em torno de questões de natureza epistemológica, teórica e ética. As resistências aos princípios e diretrizes da Reforma, por vezes, aparecem de formas indiretas, como na defesa da hegemonia médica no campo da atenção à saúde, na ênfase dos tratamentos biológicos como a forma única de tratamento, no abuso na utilização da nosografia do DSM, na importação do modelo da medicina baseado apenas em evidências, e assim por diante (BEZERRA, 2007).

Assim, podemos descrever a RPB como um processo em andamento, que é civilizatório e complexo, tendo em sua natureza uma proposta mais ampla do que a de modificação da estrutura dos serviços de saúde ou de mudança das instituições, mas que inclui necessariamente movimentos social e político, pois busca transformar a sociedade que produz a saúde/doença, tanto em termos de legislação, de organização dos atores sociais, como de constituição subjetiva diante das diferenças (YASUI, 2010).

Potencialidades e desafios

Gestão e Rede

Como já mencionado, a Portaria 336 (BRASIL, 2002) regulamenta os CAPS em todo território nacional, estabelecendo que esses devem ser compostos por equipes multidisciplinares, de formação média a superior. Os trabalhadores entrevistados, atuam em CAPS da modalidade I, os quais são divididos conforme seu público alvo: crianças e adolescentes; adultos; ou adultos com questões de uso abusivo de álcool e outras drogas. Sendo que todos atendem a demanda espontânea, com equipes multiprofissionais, que realizem atendimentos tanto aos sujeitos com transtornos mentais graves, severos e persistentes, como às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral, sem excluir os decorrentes do abuso de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2013).

A citada Portaria, coloca que a equipe técnica mínima para atuação em um CAPS I, deve ser composta por: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior entre as seguintes profissões: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Todos os serviços envolvidos em nossa pesquisa têm em seu rol mais profissões do que o mínimo previsto e também que não são citadas, como o Educador Físico e o Músico.

Por mais que a Portaria deixe aberta a possibilidade de contratação de profissionais que venham ao encontro das atividades necessários para os CAPS, uma questão pontual impede a visibilidade das ações prestadas por esses, a qual é importante para a justificativa do recebimento das verbas governamentais que mantêm os serviços. Essa questão desperta entre os trabalhadores questionamentos e proposição de mudança:

Primeira coisa rever a tal da equipe mínima dos CAPS, acho que aquilo ali foi muito mal escrito, porque não prevê horários, o que a

gente disponibiliza, aqui mesmo em Lajeado a gente tem profissionais que não fazem parte da equipe mínima, alguns não conseguem nem lançar suas produções porque o CBO das profissões não está dentro da legislação, primeira coisa tem que ser revisto isso, equipe mínima o que que é? (Entrevista 5).

Esta é uma entre as inúmeras questões que movimentam as equipes e envolvem a gestões políticas municipal e estadual. As políticas públicas do cuidado em saúde mental vigentes no Brasil, determinam que estados e municípios devem realizar uma política de saúde mental, inclusa, extra-hospitalar com base territorial e equânime. Possibilitando condições técnicas e políticas para a organização de uma rede de atenção integral à saúde, com direito a tratamento, com acesso a dispositivos sanitários e sócio-culturais que abranjam várias dimensões da vida dos sujeitos. Nessa lógica, os CAPS devem configurar-se como serviços estratégicos, capazes de funcionar como articuladores das instâncias “dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, rede de ambulatorios, atendimento terciário, atividades de cuidado e suporte social” (HECK et al., 2008, p. 648).

No entanto, o trabalho em rede, reconhecido como necessário por todos os trabalhadores entrevistados, se coloca como um dos maiores desafios, visto que o CAPS acaba, por inúmeros fatores, não articulando uma rede de cuidado integrada, mas sim acolhendo quase que em unanimidade todo cuidado referente ao sofrimento psíquico:

[...] quando se pensa em rede de atenção psicossocial tá incluso né, só que na prática isso nem sempre acontece, é que a gente tava falando de outras questões, às vezes no papel é coisa mais linda do mundo, mas no dia a dia não é o que se vê. A gente tem vários meninos que estão aqui porque o médico do posto não dá tal medicação, mas eles já estão estáveis, tu entendeu, já poderiam ir tranquilos assim, mas daí ficam. (Entrevista 8).

Para aquecer a articulação com a rede básica, os serviços, a muito custo, (re)iniciaram no início do corrente ano, ações de Apoio Matricial (AM) nas Unidades Básicas (UBS) do município. Sendo que um dos entraves enfrentados nos últimos 2 anos, segundo relatado pelos trabalhadores dos CAPS, era a aceitação desse apoio por parte dos profissionais das UBS, que viam essa aproximação não como apoio, mas como possibilidade de aumento de suas demandas:

[...] no início as unidades básicas tinham 'Aí vão nos sobrecarregar mais ainda, o nosso serviço!' e a gente tá vendo com o matriciamento que tem sim equipes que estão sobrecarregadas, que tão doentes, que os profissionais estão ficando doentes também, mas eu acho que tá ajudando essa questão do matriciamento pra gente poder atender esses pacientes de uma forma como um todo né, a transtorno mental é do CAPS, não às vezes pode estar aqui, daqui a pouco tem diabetes a gente tem aqui a gente pode fazer o teste da glicose, não tem problema (Entrevista 7).

O AM prestado pelo CAPS às UBS constitui uma proposta de encontros, onde ocorrem troca de informações e uma espécie de supervisão do cuidado prestado a usuários com questões de saúde mental, assim como de ações preventivas nesse âmbito. Permitindo e facilitando o direcionamento dos fluxos da rede, potencializando as ações de uma clínica ampliada, promovendo a corresponsabilização entre as equipes, promovendo saúde e a diversidade de ofertas terapêuticas (BRASIL, 2004).

Essas questões, tanto do reconhecimento de determinadas profissões diante da gestão, quanto do AM às UBS, movimentam os trabalhadores e despertam outras: [...] eu penso que a rede poderia estar desenvolvendo coisas a mais, não que o CAPS não precisaria, mas agora me vem à rede de cuidado, porque às vezes fica muito centrado no CAPS e não é só no CAPS que se faz saúde mental [...] (Entrevista 6). Este comentário expressa a movimentação de possíveis vontades utópicas, as quais não almejam o infinito, mas sim o meramente imediato, dando ânimo aos sujeitos para a construção dos processos (BLOCH, 2005).

Interdisciplinaridade e Equipe

As equipes de trabalhadores dos CAPS têm como dever oportunizar espaços de formação sem congelamento de saberes e práticas, que promovam não só outros modos de viver, mas também de trabalho e atuação na promoção de saúde, pois os trabalhadores não estão exercendo suas profissões em instituições autolimitadas e

pétreas, sentenciadas a reproduzir sempre o mesmo modelo de atenção. Em suma, o desenvolver de cada serviço dependerá dos sujeitos que o constituem, tanto os seus profissionais, quanto os seus usuários, os familiares, a comunidade, os gestores, porque a responsabilidade de sua construção é de todos, incluindo as esferas de gestão do SUS (GRIGOLO; DELGADO; SCHMIDT, 2010). E isso atinge, inevitavelmente, os modos de formação dos trabalhadores desta seara!

Sobre o trabalho interdisciplinar nas equipes dos CAPS, os trabalhadores que não tiveram uma formação voltada para essa proposta de trabalho, colocam o quão rígidos estavam em sua técnica e o quão rico, mesmo que por vezes difícil, foi o encontro das suas profissões com as de seus colegas de equipe.

[...] e o trabalho de interdisciplinaridade é muito legal, porque a gente aprende muito e eu acho que o trabalho fica muito rico [...] já entrei 200 vezes, com a família e com a psicóloga, com a assistente social, vai fazer uma VD, uma visita hospitalar, reunião, a gente tem um projeto de matriciamento com as escolas que eu participo também né, então eu fui vendo de um outra forma o meu trabalho aqui e eu acho que hoje eu enxergo de outra forma o trabalho de todos da equipe [...] (Entrevista 8).

Colocando como destaque, também, não só a horizontalidade no tratamento entre os trabalhadores da equipe, mas dos trabalhadores no tratar os usuários, não havendo uma hierarquia de importância entre esses, o que vem ao encontro do que é preconizado pelo SUS (BRASIL, 2011):

[...] eu trago da minha formação informações pra eles e do que eu tenho contato com outros profissionais eu vou entendendo melhor o funcionamento. E vou tentando dar um *feedback* para os usuários, mas nunca de cima pra baixo, nunca (Entrevista 4).

No entanto, a busca pela horizontalidade na valorização dos múltiplos saberes que compõem uma equipe interdisciplinar, enfrenta uma persistente resistência, que por vezes, aparece de formas indiretas. Como na defesa da hegemonia médica no campo da atenção à saúde, na ênfase dos tratamentos biológicos como a forma única de tratamento, no abuso na utilização da nosografia do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e assim por

diante (BEZERRA, 2007). Resistência essa que segue inquietando os trabalhadores da saúde mental:

[...] esses anos que eu estou aqui no CAPS vejo que essa questão dos médicos tá mais centrada do que antes, nos médicos, também é uma coisa de tentar puxar os médicos pra participarem mais, com a gente, participar do espaço de convivência [...] eu venho percebendo de anos, a necessidade dos médicos estarem mais abertos, enfim, participarem mais sabe [...] porque eu acho que faz parte do CAPS, como trabalho enfim, de todos estarem participando de tudo (Entrevista 7).

O trabalho interdisciplinar e o lugar do médico na equipe, não estavam entre as questões da entrevista, mas surgiram como um desafio constante, não na figura de um sujeito em si, pois a questão posta aqui não é de nível individual, mas da busca de uma valorização do coletivo. Seria o trabalho interdisciplinar, com seus desejos de horizontalidade e valorização dos diversos saberes, uma ambição utópica?

Vale destacar que a utopia não busca a forma última do paraíso, até porque está sempre mudando seus rumos, mas ela traz esse desassossego do presente, que mantém uma responsabilidade dos sujeitos com o futuro, buscando outro mundo a partir da crítica do que está instituído (SOUSA, 2008). O que vem ao encontro do discurso de alguns dos trabalhadores, que mesmo diante dos desafios, seguem apostando no trabalho interdisciplinar.

Um breve esboço sobre proposições que circulam

[...] se nos considerarmos como sendo, não os idealizadores, mas quem dá continuidade a luta antimanicomial né, porque eu acho que tem que se sustentar, pra não retorno desse modelo, a gente não pode concordar em ter o paciente direto dentro do serviço, porque daí a gente vai tá fazendo um manicômio (Entrevista 5).

O que fazer com o usuário que está em crise ou não tem condições de autocuidado? Aquele que não tem família ou outro de referência. Que mora na rua. Que está abusando do uso múltiplas drogas? Perante a esses sujeitos, muitas vezes

as equipes se vêem de “mãos atadas”, se utilizando de diversas internações em hospitais gerais como estratégia de cuidado:

É, não se tem um equilíbrio, eu acho que isso que às vezes falta né, aquele equilíbrio de perceber o que é necessário né, das pessoas em tratamento retornar pra sua família ou ela não tem família, ela não tem ninguém, ela tá na rua, ela precisa de um cuidado maior, durante mais tempo, então eu acho que hoje é algo que precisa acontecer pra evoluir a Reforma Psiquiátrica, porque se não grande perigo de retroceder (Entrevista 2).

Os leitos psiquiátricos são regulamentados pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), o qual instrui que, respeitadas as especificidades de cada caso, as internações devem ser de curta duração, apenas até estabilidade clínica do usuário. Sendo o controle e organização da ocupação dos leitos, organizada entre a Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação (BRASIL, 2002).

Alguns dos trabalhadores, indicam duas outras proposições que circulam nos serviços, para o possível cuidado de usuários em situações como a descrito acima. A primeira, seria a flexibilização da possibilidade de internação em leitos fechados, que não é permitida legalmente, para que houvesse a possibilidade de mais contenção nas situações de crise. A segunda, versa sobre a proposta de um possível novo serviço, onde o usuário pudesse permanecer por mais tempo, quando estivesse totalmente desestruturado e sem referências de apoio:

[...] agora a gente vê que ficou um pouco engessado, algumas coisas né, sim teve a Reforma Psiquiátrica e concordo que não se pode mais ter um tratamento como se tinha antigamente, mas que em alguns casos a gente vai precisar para um leito fechado, e isso às vezes tem pessoas muito radicais que não aceitam né, que tem a Reforma Psiquiátrica, conviver em liberdade, não pode ir pra um leito fechado, tem que ir pra um leito de hospital geral, mas em alguns casos eu acho que tudo tem um meio termo, tem alguns casos que pode ir pra leito geral, tem alguns casos que não podem ir pra leito geral, que é o que a gente estava discutindo agora sobre um paciente né, então isso acho que não e não tem lei né, a lei da saúde mental é bem clara que é leito geral [...] (Entrevista 7).

Entre os trabalhadores proponentes estavam tanto aqueles que não tiveram em suas formações aproximação com os ideários reformistas, como os que a tem desde o início de suas formações, indicando que a lógica biomédica, com seus desejos de “cura”, de cuidado visando remissão de sintomas e enquadramento dos sujeitos, continuam presentes na lógica de cuidado (BARROS, 2002).

Ante a essas questões, fica o desejo de novas ações e instrumentos para movimentar a RPB, mas seriam esses tão próximos do modelo que se tinha no passado? Seria coerente uma nova aliança com as internações prolongadas? O que se pode afirmar é que, uma equipe multidisciplinar, com práticas interdisciplinares, tem em sua atuação o desafio de articular saberes e formações por vezes muito distantes, podendo produzir a partir de atuações mais efetivas, muito além do que está prescrito, estabelecido e estagnado. E, ao mesmo tempo que é atravessada por constantes tensões e sujeitos de diferentes análises, têm o poder para desconstruir compreensões e práticas (re)produtoras de discursos adoecedores e sintomas (GRIGOLO; DELGADO; SCHMIDT, 2010).

Considerações para seguir pensando

A pesquisa realizada, conforme dados da bibliográfica, mostra-se pioneira ao articular os movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira a utopia enquanto conceito. Fato que tornou a proposta desafiadora, deixando margem para que muito mais seja pesquisado e produzido nesse sentido. Sendo que também, outros dados produzidos durante as entrevistas se destacaram e se fizeram presentes nesse artigo.

Os dados produzidos demonstraram que em seu princípio a Reforma Psiquiátrica era também movimentada e fortalecida por utopias, que tinham como objetivo principal a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Nesse âmbito, muitas conquistas ocorreram através da desinstitucionalização de grande parte dos manicômios e da constituição de uma rede de cuidado em saúde mental.

E, a partir das entrevistas realizadas com trabalhadores que atuam em CAPS, constatou-se que na atualidade existe um engessamento das práticas, que seguem

buscando afirmar os ideais iniciais da Reforma. Sendo que, esse movimento segue se alimentando de resquícios das utopias primeiras.

Referências

BARROS, José Augusto C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em: 25 mai. 2018.

BELINI, Marya Gorete; HIRDES, Alice. Projeto Morada São Pedro: a institucionalização à desinstitucionalização em Saúde Mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 562-569, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudemental/projetomoradasaopedro.pdf>>. Acessado em: 18 out. 2017.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BLOCH, Ernst. **O Princípio Esperança**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental**. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acessado em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acessado em: 17 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012**. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 16 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?**. 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acessado em: 16 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf>. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012**. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. Reforma geral da subjetividade: por uma educação rizomática da saúde mental. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007. p. 11-17.

COSTA, Maria de Fátima Tardin. A utopia na perspectiva de Ernst Bloch. In: XV ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., 2009, Maceió. **Anais do XV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO**, Maceió: ABRAPSO, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?option=com_content&task=view&id=345&Itemid=91>. Acessado em: 23 set. 2017.

FONSECA, Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Riberiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acessado em: 03 mar. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GRIGOLO, Tânia; DELGADO, Pedro Gabriel; SCHMIDT, Moema Belloni. Avaliar CAPS: retrato do funcionamento da rede de serviços substitutivos no Brasil. In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio. **SaúdeLoucura 9**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 371-390.

HECK, Rita Maria; BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado; CEOLIN, Teila; KANTORSCKI, Luciane Prado; WILHICH, Janaína Quinzen; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopínger. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-55, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400004&script=sci_abstract&lng=pt> . Acessado em: 23 abr. 2018.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 14, p. 297-305, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036> . Acessado em: 12 ago. 2017.

OLIVEIRA, Rafael Wolski de. **Produção de documentário: imagens e polifonias da desinstitucionalização da loucura na cidade**. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.130-138.

SILVA, Martinho Braga Batista e. Só os militantes suportam lidar com a loucura? A Reforma Psiquiátrica em questão a partir de seus trabalhadores. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100010>. Acessado em: 12 dez. 2017.

SOUSA, Edson Luiz André de. A burocratização do amanhã: utopia e ato criativo. **Revista Porto Arte**, Porto Alegre, v. 14, n. 24, mai. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PortoArte/article/view/27933>>. Acessado em: 15 set. 2017.

SOUSA, Edson Luiz André de. Por uma cultura da utopia. E-topia: Revista **Electrónica de Estudos sobre a Utopia**, Porto, n. 12, 2011. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/site/default.aspx?qry=id05id164&sum=sim>> . Acessado em: 15 set. 2017.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 22. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Cartografia e Genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 454-463, set./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000300002&script=sci_arttext>. Acessado em: 08 out. 2017.

ANEXO

Physis: Revista de Saúde Coletiva - Instruções aos autores

Escopo e política

Physis: Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de *Physis* enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Physis conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (www.cnpq.br) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, através do Programa de Incentivo à Editoração e Publicação de Periódicos Científicos Brasileiros (www.capes.gov.br)

Forma e preparação de manuscritos

A Revista *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise

bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem tanto solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberar, ao receber os artigos, com base em pareceres (*double-blind peer review*), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (*single-blind peer review*). O número de autores será limitado ao máximo de dois por manuscrito, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras): publica ensaios curtos e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema *ScholarOne Manuscripts*, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação a partir de 2018 (inclusive) deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).
2. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.
3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a **pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado**

ou tese de doutorado e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **Agradecimentos**, ao final do artigo ou em nota de fim.

4. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão** (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um **até 200 palavras**, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word* ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw* ou similar. **Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados** e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "*image*", "*figure*" ou "*table*", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível**. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As **referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002)**. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto.

9. **Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY**. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, **deverá ser feita referência à primeira publicação na**

revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. A revista adota sistema de detecção de plágio.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

(Enviar no sexto passo do processo de submissão, indicada como "*supplemental file not for review*")

A contribuição de cada autor para o artigo/a resenha
_____ foi a seguinte:

autor 1 (0000-0000-0000-0000)*: (atividades
desempenhadas)

autor 2 (0000-0000-0000-0000)*: (atividades
desempenhadas)

autor *n* (0000-0000-0000-0000)*: (atividades
desempenhadas)

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista e, em caso de reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, farei(emos) constar os respectivos créditos.

*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*)

Assinaturas:

PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar, bl. D - Maracanã
20550-013 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2334-0504 ramal 205

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br

Web: <http://www.ims.uerj.br>